

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

K. _____, à Lucerne, intimée.

Art. 16 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1 LAA, 16 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, sans formation, droitier, a travaillé dès le mois de septembre 2004 pour le compte de [...] à [...] en qualité de maçon à plein temps. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre les risques d'accidents et de maladies professionnelles, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Le 1^{er} décembre 2009, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 2 décembre 2009, il a glissé sur le pont de travail, perdu l'équilibre et chuté sur la dalle. Les parties du corps atteintes ont été les avant-bras, décrits comme fracturés.

La CNA a pris le cas en charge.

L'assuré a été hospitalisé le jour de l'accident et opéré par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a procédé à une réduction et ostéosynthèse de la tête radiale droite par vis 2.0 ainsi qu'à une réduction ouverte et ostéosynthèse de la tête radiale gauche par vis 2.0 et 1.5, ce spécialiste ayant posé les diagnostics de fractures des têtes radiales droite et gauche de type Mason III. Dans son protocole opératoire, le Dr V._____ a relevé avoir enlevé à droite, comme à gauche, des fragments libres de cartilage. L'intéressé est sorti de l'hôpital le 3 décembre 2009. Selon l'attestation du 15 décembre 2009 du Dr W._____, médecin à l'hôpital de [...], il pouvait voyager au [...] en avion pour la fin de l'année.

L'assuré s'est vu prescrire des séances de physiothérapie à compter du mois de janvier 2010.

Dans son rapport à la CNA du 3 février 2010, le Dr V._____ a fait état d'une bonne évolution du point de vue subjectif et objectif, avec

mobilité complète au niveau des deux coudes et une discrète faiblesse au niveau des avant-bras. Une reprise du travail était prévue à 50% dès le 1^{er} avril 2010 et à 100% dès le 1^{er} mai 2010.

Le 4 avril 2010, le Dr W._____ a indiqué qu'une reprise du travail n'était pas encore possible, et que la capacité de travail devrait être réévaluée au prochain contrôle, à la fin du mois d'avril 2010.

Le 12 avril 2010, l'employeur de l'assuré a informé la CNA que l'assuré n'avait pas repris le travail à 50% comme prévu.

A l'occasion d'une rencontre à son domicile, le 29 avril 2010, avec un case manager de la CNA, l'assuré a expliqué que le jour de l'accident, alors qu'il pleuvait, il était occupé à placer les pignons d'une charpente, debout sur une planche reposant sur deux chevalets. Il avait l'habitude de travailler sur ce genre d'installation pour des travaux à une hauteur relativement basse. Toutefois, ce jour-là, la planche avait glissé et il était tombé en avant d'une hauteur d'1.5 mètre sur les avant-bras. Le choc avait été relativement important car il avait perdu connaissance quelques instants. Il était convenu entre l'assuré et son employeur de tenter une reprise progressive de travail sans objectif de rendement.

L'assuré a téléphoné à la CNA le 25 mai 2010 pour lui faire savoir que la reprise du travail avait été très difficile et lui avait provoqué de fortes douleurs, si bien que son médecin l'avait remis en incapacité de travail totale et lui avait conseillé de s'annoncer à l'AI pour entamer une reconversion professionnelle. L'employeur a confirmé le 26 mai 2010 les dires de son employé.

L'assuré a déposé une demande de prestations AI le 2 juin 2010.

Il a été examiné le 27 juillet 2010 par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement à la CNA. Dans son rapport du même jour, celui-ci a diagnostiqué un status après réduction et

ostéosynthèse de fracture des têtes radiales droite et gauche le 1^{er} décembre 2009, ainsi que des douleurs et une limitation de flexion-extension des deux coudes. A l'issue de son examen, le Dr P._____ a relevé ce qui suit :

« Nous sommes à pratiquement 8 mois après réduction et ostéosynthèse de fracture des têtes radiales D et G avec douleurs constantes et surtout au moindre effort au niveau de ces deux coudes et limitation de la flexion et de l'extension de ces deux coudes.

Cette situation est très mal supportée par le patient du point de vue psychologique, rendant le patient très nerveux. D'autre part, son inactivité commence à avoir des conséquences néfastes de déconditionnement.

Dans ces conditions, convocation à la N._____ ».

L'assuré a séjourné du 25 août au 14 septembre 2010 à la Clinique N._____ (ci-après : N._____). Selon le rapport du 3 septembre 2010 faisant suite à la consultation orthopédique du 30 août 2010, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a constaté que radiologiquement, les fractures paraissaient consolidées en position correcte, les vis ne gênant pas. A l'examen clinique, il notait un déficit d'extension d'environ 20° à droite, un peu moins à gauche, autrement la prosupination était libre et la flexion bonne. Quand on palpait localement, l'assuré était encore très sensible des deux côtés, presque un peu plus à gauche qu'à droite. Le Dr B._____ a encore relevé ce qui suit : « Je ne pense pas qu'une AMO [note réd. : ablation du matériel d'ostéosynthèse] pour l'instant puisse changer quoi que ce soit car il n'y a pas de très gros craquements sous le ligament annulaire et l'AMO ne changera pas vraiment le résultat fonctionnel. A moyen terme, il faudra peut-être envisager une reconversion professionnelle pour un travail de type magasinier et un peu plus technique mais un peu moins ouvrier de chantier car je crains qu'aux gros efforts il garde des douleurs ddc [not réd. : des deux côtés] ».

Dans leur rapport du 4 octobre 2010, le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, et la Dresse [...], médecin-assistante, médecins à la N._____, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs résiduelles et flexum des deux

coudes, et les diagnostics secondaires d'accident au travail (avec fractures des têtes radiales gauche et droite de type Mason III avec réduction ouverte et ostéosynthèse), d'antécédent d'une fracture du poignet gauche traitée conservativement 10 ans auparavant et de tabagisme actif. Les médecins précités ont fait l'appréciation suivante du cas :

« **1.** A l'entrée, l'anamnèse est difficile tenant compte d'un comportement inadéquat du patient. Il n'est pas très collaborant. On note une certaine labilité émotionnelle. Il n'y a pas d'idée suicidaire, ni d'agitation motrice.

Le patient reste toujours gêné par les douleurs au niveau des coudes qui sont en péjoration après tous les efforts physiques, il existe un déficit de la force et de l'endurance. Ces douleurs sont situées en regard des têtes radiales ddc. En ce qui concerne la mobilité, il existe un flexum des deux coudes non réductible et la flexion des coudes est légèrement déficitaire. Il n'y a pas de gêne pour les gestes de la vie quotidienne ni pour la conduite des véhicules.

A l'examen d'entrée, on relève les amplitudes déficitaires : à droite flexion-extension 140°-30°-0°, à gauche 130°-20°-0°. Craquements à la mobilisation de la tête radiale ddc et douleurs en regard de la tête radiale à la palpation.

Le bilan radiologique à notre disposition montre une fracture de la tête radiale bilatérale, multi-fragmentaire, avec une bonne consolidation, en position correcte, sans gêne due aux vis. Selon l'avis de notre consultant orthopédique, aucune indication opératoire n'est retenue. Dans la prise en charge il est préconisé de favoriser une rééducation, axée sur la mobilisation active et l'antalgie. Une ablation de matériel d'ostéosynthèse devra être rediscutée à une année de l'accident, mais il n'est pas sûr que cela puisse faire disparaître les douleurs.

Dans le cadre d'un bilan global, le patient a été vu par notre psychiatre, qui ne retient aucune psychopathologie avérée. On note une méfiance importante.

A signaler également le début du sevrage du tabac en cours de séjour, qui n'a pas posé de problème particulier.

Si, à la sortie de notre Clinique, M. R. _____ a besoin de soutien pour poursuivre le sevrage, il s'adressera à un médecin-généraliste de son choix.

Sur le plan antalgique le Paracétamol et les anti-inflammatoires ont été pris régulièrement dans la journée, dans le but de diminuer les douleurs, qui gênent la rééducation, sans effet notable.

Une prise en charge en physiothérapie, en traitements individuels et en groupes, à sec et en piscine dans le but d'améliorer les amplitudes, de renforcement global et à but antalgique.

Malgré la ponctualité, il n'a pas été possible d'obtenir du patient une bonne coopération. Un programme de rééducation fonctionnelle adéquat n'a pu être mis en route. A la sortie, aucune proposition de poursuite en ambulatoire n'est formée. M. R. _____ a été instruit à un programme d'exercices à domicile [...].

2. Sur le plan socio-professionnel :

M. R. _____ exerçait avant l'accident la profession de maçon. A noter un échec de reprise de ce travail en mai 2010 à titre thérapeutique. Le rendement a été attesté par le patron à 20%. A la sortie, nous attestons une incapacité totale de travail. Dans le cadre d'un probable reclassement professionnel, une demande AI doit être déposée à la sortie de notre Clinique. La situation sera sûrement bientôt stabilisée.

En résumé :

Il s'agit d'un patient de 28 ans, maçon de profession, qui a eu un accident au travail avec des fractures des têtes radiales ddc, traitées chirurgicalement. A dix mois de l'accident, le patient est toujours gêné par les douleurs et une limitation fonctionnelle au niveau des deux coudes, ce qui a amené l'échec d'une reprise de travail à titre thérapeutique. Une prise en charge multidisciplinaire à la N. _____ n'a pas pu avoir lieu correctement, en raison du comportement douloureux marqué du patient et d'un manque de coopération avec les thérapeutes. Nous n'avons pas de propositions thérapeutiques. Le patient sera probablement contraint de changer d'activité professionnelle. La situation doit être réévaluée par le Dr V. _____ et par l'Agence Suva ».

Le 20 janvier 2011, l'assuré s'est vu accorder par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle, du 24 janvier au 15 avril 2011. Par téléphone du 28 janvier 2011 à la CNA, l'assuré a toutefois indiqué avoir interrompu le stage en raison de ses douleurs et le jugeant inutile.

Un CT-scan des deux coudes a été effectué le 10 février 2011. Dans leur rapport du 11 février 2011, la Dresse J. _____, spécialiste en radiologie, et la Dresse M. _____, médecin-assistante, ont relevé ce qui suit :

« Coude droit :

Status post ostéosynthèse de la tête radiale par deux vis. Pas d'évidence d'incongruence articulaire. Solution de continuité au niveau de la partie antérieure de la tête radiale. Très léger affaissement de la surface articulaire. A noter que l'une des deux vis effleure la corticole de la tête radiale sans faire protrusion au sein de l'espace articulaire. Pas d'arthrose.

Coude gauche :

Status après ostéosynthèse par trois vis au niveau de la tête radiale. Bonne position des vis et bonne congruence. Minime affaissement de la partie centrale de la tête radiale. Plusieurs petits fragments osseux corticalisés sous la tête radiale et en regard de l'épicondyle, pouvant témoigner d'ancien arrachement osseux. Signe d'arthrose radio-humérale latérale débutant ».

Le 15 février 2011, l'employeur a adressé à la CNA les fiches de salaire de l'assuré.

Le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 8 mars 2011, il a constaté que les fractures de l'assuré étaient graves et de mauvais pronostic fonctionnel, estimant illusoire d'envisager qu'il puisse reprendre son activité antérieure d'aide-maçon. Pour lui, le choix final du traitement devait se faire en fonction des désirs du patient, après une longue information de celui-ci sur les différents avantages et inconvénients des méthodes à disposition.

Dans son rapport à la CNA du 5 avril 2011, le Dr V._____ a fait état d'une évolution demeurant tout à fait défavorable du point de vue subjectif, avec un patient se plaignant de douleurs d'allure mécanique au niveau des deux coudes et d'une faiblesse généralisée au niveau des deux membres supérieurs. Une reprise du travail n'était pas prévue pour le moment.

Le Dr V._____ a adressé l'assuré au Prof. F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a examiné l'intéressé à sa consultation du 17 mai 2011. Dans son rapport du 24 mai 2011 au Dr V._____, le Prof. F._____ a posé les diagnostics de scapulo-brachialgies chroniques bilatérales et de status après réduction sanglante et ostéosynthèse des deux têtes radiales en décembre 2009 pour fracture type Mason III. Il a en outre relevé que l'examen objectif montrait des fractures consolidées sans troubles dégénératifs secondaires significatifs. Il existait vraisemblablement une raideur modérée en extension. Le Prof. F._____ avait par conséquent quelques difficultés à expliquer l'ensemble des douleurs par des éléments objectifs. Dans ce contexte, il n'était pas certain qu'une révision chirurgicale (arthrolyse, AMO) soulage significativement le patient sur le plan subjectif. Il disait qu'il aurait donc tendance, comme le Dr V._____, à ne pas proposer de nouvelle intervention.

Selon un rapport de CT-Scan des deux coudes du 1^{er} septembre 2011 de la Dresse J._____, on peut lire ce qui suit :

« Coude droit :

Par rapport à l'examen effectué le 10.02.2011, on retrouve le status après ostéosynthèse par deux vis de la tête radiale. On retrouve le discret affaissement de la surface articulaire inchangée ainsi qu'un léger pincement articulaire radio-huméral postérieur. Petite ossification située en arrière de la diaphyse proximale du radius inchangée. Pas de nouvelle lésion en particulier pas d'anomalie de la tubérosité bicipitale du radius.

Coude gauche :

Status après ostéosynthèse de la tête radiale à l'aide de trois vis sans déplacement. On retrouve la fracture avec un discret affaissement de la tête ainsi que des signes d'arthrose avec un pincement de l'interligne articulaire radio-huméral qui semble un peu plus marquée ce jour avec l'apparition d'une géode sous-chondrale sur le versant huméral. Pas d'évolution des multiples petits arrachements osseux situés sur les parties molles. Pas de nouvelle lésion circonscrite au niveau du radius en particulier de la tubérosité bicipitale du radius.

Conclusion :

Status après ostéosynthèse des deux têtes radiales. Progression des altérations dégénératives au niveau de l'articulation radio-humérale gauche. Pas de lésion des tubérosités bicipitales ».

Le Dr V._____ a en outre adressé son patient au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui l'a vu en consultation le 22 septembre 2011. Ce médecin a notamment observé ce qui suit :

« A l'examen clinique : Flexion extension coude gauche : 130-40-0. Coude droit : 130-30-0. Pro-supination complète et indolore. Douleurs et diminution de force à l'extension forcée du poignet gauche, mais pas de signes d'épicondylite. A la mobilisation, léger craquement au niveau du coude gauche et principalement douleurs à la palpation dans la région de la tête radiale gauche et droite.

Examens complémentaires : Les radiographies standard plus le bilan CT scan dont le dernier de septembre 2011 : début d'arthrose radio-humérale gauche. Les vis sont sous-chondrales et l'on pourrait s'imaginer un impinchment ulno-radial proximal dans certaines positions.

Appréciation : Il s'agit donc d'un patient de 29 ans qui présente des douleurs et début d'usure radio-humérale proximale gauche plus importante qu'à droite suite à des fractures de tête radiale bilatérale. Dans un premier temps, je ferais une ablation du matériel d'ostéosynthèse et en même temps, on peut inspecter les surfaces

cartilagineuses. Si la surface cartilagineuse humérale gauche est correcte, j'opterais plutôt, pour une prothèse de tête radiale si nécessaire, voire ne faire que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Si par contre l'usure humérale est trop importante, je rejoins tout à fait ton avis qu'une mise en place d'une prothèse serait trop risquée et il ne resterait plus que la résection de la tête radiale. Le patient reprendra contact avec toi pour fixer un nouveau rendez-vous ».

L'assuré a été opéré le 14 décembre 2011 par le Dr V._____, qui a procédé à une arthrotomie de l'articulation du coude à gauche avec ablation des trois vis au niveau de la tête radiale et arthrolyse antérieure. Il est ressorti le jour même de l'hôpital.

Par communication du 9 janvier 2012, l'OAI lui a fait savoir qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

Dans un rapport du 25 janvier 2012 au conseil de l'assuré, la Dresse Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue [...], qui expliquaient avoir rencontré l'assuré à quelques reprises, ont relevé qu'il présentait une grande souffrance psychologique en lien avec l'accident du 1^{er} décembre 2009, se traduisant par un état anxio-dépressif en rapport avec ses douleurs physiques, le peu d'amélioration de son état, et le manque de perspective, entraînant chez lui un sentiment d'injustice, de colère et de frustration.

Dans un courrier du 5 février 2012 au conseil de l'assuré, le Dr C._____ a expliqué que si l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait été réalisée à la mi-décembre 2011, elle lui semblait encore trop précoce pour faire le point de la situation.

Dans un rapport du 6 février 2012 de l'hôpital de [...], les suites opératoires [de l'intervention du 14 décembre 2011] ont été décrites comme étant simples, avec persistance de douleurs et mobilité limitée.

S'adressant le 11 avril 2012 au conseil de l'assuré, le Dr V._____ a exposé ne pas avoir pratiqué de mise en place d'une prothèse

lors de l'opération du 14 décembre 2011, ce type d'intervention ne donnant pas forcément de bons résultats fonctionnels à moyen-long terme. Le Dr V._____ notait encore que le fait d'enlever le matériel d'ostéosynthèse pouvait parfois améliorer considérablement la fonction et la symptomatologie algique, mais que tel n'avait pas été le cas pour l'assuré à la suite de l'intervention du 14 décembre 2011, estimant que la pose d'une prothèse de tête radiale à gauche ou à droite ne pourrait absolument pas améliorer la situation actuelle. Il estimait enfin qu'une nouvelle évaluation à la N._____ serait souhaitable, sans être très optimiste pour une significative amélioration tant fonctionnelle que de la symptomatologie algique.

Le 12 avril 2012, des clichés des coudes droit et gauche, face et profil, ont été réalisés. Dans son rapport du même jour, le Dr S._____, spécialiste en radiologie, a fait les constats suivants :

« Position superposable des deux vis fixant la tête radiale droite. Status après AMO des vis qui fixai[en]t la tête radiale gauche. Persistance d'une légère incongruence articulaire de la tête radiale droite, de manière similaire au comparatif. Pincement médial huméro-cubital droit. Légère incongruence de la tête radiale gauche, avec arthrose huméro-radiale d'accompagnement modéré (déjà mentionné sur un rapport de CT-scan du 1.9.2011). On retrouve des fragments osseux corticalisés infracentimétriques bordant l'épicondyle médial gauche. Enthésopathie d'insertion du tendon du quadriceps sur l'olécrane droit ».

Le 23 avril 2012, le Dr P._____ a procédé à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, qu'il a estimée à 10%, en se fondant sur la table 5 des barèmes d'indemnisation, soit 5% pour chaque coude, compte tenu de la limitation de flexion d'une quinzaine de degrés au niveau des deux coudes et de l'arthrose débutante huméro-radiale des deux côtés. Le Dr P._____ a encore procédé à son examen médical final à cette date. Toutefois, l'assuré n'avait pas pu être examiné, dans la mesure où il était parti précipitamment lorsqu'avait été évoquée la question d'un nouveau séjour à la N._____, après avoir déclaré qu'il ne voyait pas l'intérêt de retourner à la N._____ pour « tirer sur des élastiques et avoir ainsi plus mal » au niveau de ses deux coudes. Le Dr P._____, sur la base des éléments au dossier, a cependant estimé que l'état de l'assuré était à

considérer comme stabilisé et que l'exigibilité devait être estimée comme totale dans une activité légère des membres supérieurs. Demeuraient à la charge de la CNA en vertu de l'art. 21 LAA le traitement antalgique pour les deux coudes et toute nouvelle intervention chirurgicale au niveau de ces coudes, si indiquée.

Sur requête de la CNA, l'employeur de l'assuré lui a fait savoir qu'en 2010, il aurait touché un salaire horaire de 28 fr. 40, porté à 28 fr. 90 en 2011 et à 29 fr. 40 en 2012.

Réagissant par son conseil le 15 mai 2012 au rapport du Dr P._____ du 23 avril 2012, l'assuré a fait valoir qu'à ses yeux, son cas n'était en aucun cas stabilisé, et qu'il devrait être examiné par un médecin neutre.

Le 29 juin 2012, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle considérait son cas comme médicalement stabilisé et allait mettre un terme au versement de ses prestations à court terme (prise en charge des frais médicaux et versement de l'indemnité journalière) avec effet au 31 juillet 2012. Elle lui indiquait pour le surplus être entrain de calculer les prestations à long terme (rente et indemnité pour atteinte à l'intégrité).

Le Prof. F._____ a revu l'assuré et l'a examiné le 7 septembre 2012. Dans son rapport du 13 septembre 2012 au Dr V._____, il a constaté qu'il n'y avait pas de changement significatif depuis la consultation de mai 2011. La flexion-extension des coudes était à 135-15-0 à droite et 135-20-0 à gauche avec une prosupination à 80-0-70. Le patient décrivait des douleurs assez marquées à la mobilisation passive avec une certaine résistance active ainsi que des mouvements de retrait et parfois des tremblements. Il n'y avait pas d'évidence de neuropathie cubitale. Les douleurs étaient assez intenses à la palpation, aussi bien dans le compartiment externe qu'interne au niveau des deux coudes. Les cicatrices étaient calmes. Les dernières radiographies réalisées en avril 2012 mettaient en évidence des troubles dégénératifs au niveau de l'articulation radio-humérale toutefois sans grand changement

comparativement aux radiographies de 2011. La conclusion du Prof. F. _____ était la suivante :

« Monsieur R. _____ garde des douleurs des deux coudes trois ans après une fracture de la tête radiale traitée chirurgicalement, il existe objectivement des troubles dégénératifs modérés et une raideur. J'ai l'impression que cette situation n'explique que partiellement l'état défavorable actuel. Il est donc vraisemblable qu'une nouvelle intervention chirurgicale de type arthrolyse + résection de la tête radiale n'apporte pas d'amélioration subjective significative. J'aurais, dans ce contexte, plutôt tendance à ne pas proposer de reprise chirurgicale.

Une clarification de la situation sur le plan asséculo-logique et du travail semble indispensable et une évaluation-prise en charge par le centre de la douleur pourrait également être proposée ».

Le 20 septembre 2012, la CNA a versé un montant de 12'600 fr. à l'assuré au titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Selon le résumé du 17 octobre 2012 des documents déterminants pour la fixation de la rente, l'assuré serait désormais à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, et réaliser un revenu de 4'490 fr. par mois. Comparé au gain de 5'604 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait un préjudice de 20%.

La CNA a listé dans ce contexte 106 DPT (descriptions de postes de travail), et en a sélectionné 5, à savoir trois comme collaborateur de production, ainsi qu'un poste d'employé de décoration et un poste d'employé de garage.

Par décision du 19 octobre 2012, la CNA a reconnu le droit à l'assuré - à compter du 1^{er} août 2012 - à une rente mensuelle de 846 fr. 40, en raison d'une incapacité de gain de 20%, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

L'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision le 20 novembre 2012, en faisant valoir que son traitement médical n'était pas terminé, que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% était trop faible, et que la CNA n'avait pas pris en compte la dimension

psychiatrique, en relevant à cet égard que quand bien même l'accident pouvait paraître « peu spectaculaire », un jeune homme fauché dans sa progression professionnelle et dans sa vie d'homme, dans un contexte aussi pénible, devait clairement être considéré comme subissant le contrecoup de l'accident.

Dans un rapport du 21 novembre 2012 au conseil de l'assuré, le Dr C. _____ a estimé, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, que si une lecture littérale de la table 5 était faite, alors l'évaluation de 10% était acceptable. Par contre, si l'on se rapportait à « l'esprit de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité », il fallait également tenir compte de l'atteinte fonctionnelle au sens large, savoir la douleur au coude ainsi que la fonction des poignets.

Dans leur rapport du 15 décembre 2012 au conseil de l'assuré, la Dresse Q. _____ et la psychologue X. _____ ont estimé que l'assuré présentait un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) en rapport avec ses douleurs physiques, et son manque de perspective. Pour elles, l'atteinte était consécutive à l'accident.

Le 3 janvier 2013, l'assuré, par son conseil, a fait valoir que la rente de 20% était insuffisante, et que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu de la dimension psychiatrique et des troubles fonctionnels, devait être de 30% au moins.

Par décision sur opposition du 8 février 2013, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 19 octobre 2012. En substance, elle a estimé que le lien de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes dont le recourant se plaint au niveau psychiatrique faisait défaut. Elle a ensuite maintenu qu'il convenait de se fonder sur l'appréciation du Dr P. _____, et que le droit à une rente de 20% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% était ouvert.

B. Par acte du 13 février 2013, R._____, toujours représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la poursuite du versement des indemnités journalières, subsidiairement à ce que l'intimée lui reconnaisse le droit à une rente de 60% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, et plus subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction. En substance, il a fait valoir que son état n'était pas stabilisé, estimant que le bref avis du Prof. F._____ n'est pas décisif à cet égard, pas plus que celui du Dr V._____ quant à une contre-indication de prothèse. Il expose ensuite n'avoir pu reprendre aucun travail, la simple manipulation de papiers étant difficile pour lui, estimant dès lors qu'une invalidité de 60% paraît acquise au minimum, estimant qu'une coordination avec l'AI aurait été nécessaire. Il allègue enfin souffrir le martyr, jugeant que c'est une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 30% qui est adéquate.

Dans sa réponse reçue le 23 mai 2013, la CNA conclut au rejet du recours.

Le 2 juillet 2013, le recourant a fait valoir que son cas avait été sous-évalué, dans la mesure où ses deux coudes avaient été touchés, empêchant qu'il puisse compenser avec son autre bras. Pour lui, les avis internes à l'assureur sont insuffisants, estimant qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être confiée à des spécialistes, étant d'avis que l'instruction a été insuffisante dès lors qu'une nouvelle évaluation à la N._____ aurait dû être mise en œuvre. Il se prévaut en outre de son atteinte psychique, se référant à un avis du 1^{er} juillet 2013 de la Dresse Q._____ et de la psychologue X._____, arguant derechef que son atteinte psychique est en lien avec l'accident, et qu'il était en parfaite forme morale et physique avant celui-ci. Il se réfère par ailleurs à deux avis du Dr C._____, des 27 mars 2012 et 30 avril 2013. Il se prévaut en outre de l'arthrose précoce dont il souffre, redoutant qu'elle ne s'aggrave. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il argue d'un échange de courrier du 2 juillet 2013 avec le Dr C._____, qu'il produit également. Les pièces précitées ont notamment la teneur suivante :

- dans leur rapport du 1^{er} juillet 2013, la Dresse Q._____ et la psychologue X._____ ont relevé ce qui suit : « Nous souhaitons préciser que quand nous parlons de troubles psychiques consécutifs à l'accident nous ne faisons pas référence au traumatisme causé par l'accident lui-même (soit la chute) dans son côté éventuellement « impressionnant ou dramatique ». Si cela avait été le cas nous aurions posé le diagnostic de troubles de type : syndrome post-traumatique. En énonçant des « troubles psychiques consécutifs » nous nous référons aux conséquences, elles dramatiques, engendrées par l'accident soit l'atteinte à l'intégrité corporelle (difficultés dans l'usage des bras dans les activités quotidiennes, douleurs, l'incapacité de travail dans son métier etc), les restrictions de son autonomie pour de simples gestes quotidiens (soins, repas, ...), la rupture de ses projets de vie » ;
- dans son courrier du 27 mars 2012 au conseil de l'assuré, le Dr C._____ a constaté que la situation médicale n'avait pas évolué, estimant que le patient avait deux possibilités, soit il prenait des médicaments antalgiques et admettait le statu quo, avec peu de possibilité de retrouver un travail, soit il envisageait une libération des articulations du coude et la pose d'une éventuelle prothèse de la tête radiale, cette double intervention chirurgicale devant être accompagnée d'une très longue et difficile rééducation du coude ;
- dans son avis du 30 avril 2013, le Dr C._____ relève que selon le patient, il existe une aggravation des douleurs du coude droit ; quant au coude gauche, les amplitudes articulaires ne se sont pas améliorées depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ; le patient s'est montré désespéré lors de l'entretien.

La CNA a maintenu sa position dans son écriture du 14 août 2013.

C. Le dossier de l'AI a été produit.

Il en ressort en particulier ce qui suit :

- un rapport à l'OAI du 23 juin 2010 du Dr V._____, qui estime l'incapacité de travail à 100% du jour de l'accident à actuellement ; il explique avoir vu le patient le 22 juin 2010 et constate qu'à environ 6 mois de l'intervention, les cicatrices sont tout à fait calmes au niveau des deux coudes, le bilan radiologique étant superposable au précédent ; pour le Dr V._____, malgré une évolution plutôt favorable du point de vue objectif, le patient ne pourra pas reprendre son activité en tant que maçon ;
- un questionnaire pour l'employeur du 28 juin 2010 selon lequel l'assuré travaillait en moyenne 42.50 heures par semaine, au tarif horaire de 28 fr. 40, son salaire s'étant élevé à 61'100 fr. 30 en 2008 et à 59'483 fr. en 2009, 13^{ème} salaire et gratification compris ;
- un extrait du compte individuel de l'assuré, selon lequel son salaire s'était monté à 57'882 fr. en 2006 et à 62'896 fr. en 2007 ;
- un rapport du 26 avril 2011 du Dr V._____ à l'OAI, dans lequel ce médecin a relevé l'absence d'amélioration subjective de la symptomatologie algique et de la faiblesse musculaire présentée par le patient au niveau des deux coudes, le patient présentant une limitation fonctionnelle claire au niveau des deux coudes avec mobilité réduite en flexion-extension associée à des douleurs d'allure mécanique à la mobilisation et une faiblesse musculaire. Le Dr V._____ relevait en outre que l'activité de maçon n'était plus exigible, et qu'en ce qui concernait une réadaptation professionnelle, il faudrait éviter toute surcharge au niveau des deux membres supérieurs. Le Dr V._____ a encore relevé ce qui suit : « Au contrôle du 24.03.2011, on note un flexum partiellement réductible d'environ 15° ddc avec une flexion dans la norme. Etonnamment la pro-supination passive est libre à 90-0-90 ddc.

Douleur palpatoire au niveau des deux cicatrices. Le bilan radiologique standard montre une bonne congruence articulaire. Vu l'évolution tout à fait défavorable, j'ai bilanté le patient au début de l'année 2001 [recte : 2011] d'un CT-scan des deux coudes qui montre une congruence articulaire satisfaisante » ;

- une fiche de calcul du salaire exigible établie le 14 décembre 2012, selon laquelle le revenu sans invalidité s'élevait à 62'715 fr. 70 en 2009, et à 64'686 fr. 05 en 2012 après indexation, le revenu d'invalidé étant quant à lui fixé, sur la base de l'ESS (niveau de qualification 4) à 62'585 fr. 39, avec un abattement de 15% le portant à 53'197 fr. 58, le préjudice économique en résultant se montant à 11'488 fr. 47, soit 17.76% ;
- un rapport à l'OAI du 2 mai 2013 de la Dresse Q._____, estimant l'incapacité de travail de son patient totale, le diagnostic posé étant celui de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) ;
- un avis médical du 17 mai 2013 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), pour lequel il convient de suivre la CNA et statuer sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sans qu'une expertise psychiatrique ne soit nécessaire, le trouble de l'adaptation diagnostiqué par la Dresse Q._____ étant un trouble d'intensité plus légère que celle d'un épisode dépressif léger et n'ayant pas valeur incapacitante pour l'AI ;
- un rapport final de la REA du 18 juin 2013 selon lequel l'assuré pourrait théoriquement mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans le domaine industriel léger en tant que collaborateur de production, dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrier à l'établi comportant des tâches simples et légères ;
- un avis médical du Dr [...] du SMR du 20 juin 2013 selon lequel la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon, mais entière dans une activité adaptée (pas de travaux

lourds avec les membres supérieurs, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs des coudes) depuis octobre 2010.

Le 23 octobre 2013, la CNA a indiqué renoncer à se déterminer formellement sur le dossier AI, se référant toutefois à l'avis du SMR du 17 mai 2013, selon lequel il convenait de la suivre et de statuer sur une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Se déterminant sur les observations de la CNA le 28 novembre 2013, le recourant s'est référé à un courrier du 7 novembre 2013 du Dr V. _____ qui confirmait une aggravation subjective de la part du patient. Objectivement, il restait toujours difficile d'évaluer la situation ; le patient présentait une claire aggravation de la limitation fonctionnelle au niveau des deux coudes, avec un flexum de 45° partiellement réductible qui était environ à 10-15° une année plus tôt. Au niveau de la flexion, on retrouvait 140 des deux côtés et étonnamment la pro-supination des deux coudes passivement était tout à fait libre à 90-0-90. L'assuré a en outre expliqué être dans l'attente d'un avis du Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le 7 janvier 2014, la CNA a constaté que le Dr V. _____ se limitait à confirmer que les douleurs du recourant étaient difficilement objectivables.

Le recourant a produit le 31 mars 2014 un rapport du 27 mars 2014 du Dr L. _____. Selon ce médecin, l'état n'était pas stabilisé et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être évaluée dans le cadre d'une expertise médicale. L'évolution était stagnante malgré un traitement conservateur bien mené et des infiltrations, le patient conservant des douleurs au niveau des deux coudes avec un déficit fonctionnel. L'intéressé était ainsi dans l'incapacité d'effectuer des travaux de plus de 2 kg ou avec mobilisation répétitive des coudes. La symptomatologie se manifestait au niveau des deux coudes, les infiltrations du coude droit, comme l'ablation du matériel d'ostéosynthèse

du coude gauche, n'ayant pas amené d'amélioration. De l'avis du Dr L._____, l'assuré présentait des lésions cartilagineuses des deux coudes, objectivées par un arthro-scanner du coude droit, ainsi qu'une IRM du coude gauche. Or les lésions cartilagineuses pouvaient occasionner des douleurs de coude et étaient de nature irréversible.

Le 16 juin 2014, le recourant a encore produit un rapport du 5 mai 2014 du Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, selon lequel ce médecin avait proposé l'arrêt de la physiothérapie, celle-ci n'amenant aucun bénéfice et le patient déplorant une augmentation des douleurs après les séances. Le Dr Z._____ avait mis en place un traitement de mésothérapie, qui ne semblait pas améliorer la symptomatologie. La possibilité d'un nouveau séjour à la N._____ avait en outre été discutée avec le patient.

Le 4 juillet 2014, la CNA a observé que le Dr L._____, dans sa lettre du 27 mars 2014, n'amenait pas d'élément propre à admettre qu'il subsiste un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant, respectivement de nier la stabilisation de son état au 1^{er} août 2012. L'intimée se réfère en outre à une appréciation du Dr H._____, spécialiste en chirurgie, du 30 mai 2014, qu'elle produit, selon laquelle il n'y a pas eu d'aggravation de l'état des coudes de l'assuré depuis l'appréciation du 26 avril 2013, ni d'augmentation de l'altération due à l'arthrose, estimant que les avis médicaux produits ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'avis découlant de l'examen final du 23 avril 2012. Selon l'intimée, le courrier du Dr Z._____ n'amène en outre pas d'élément clinique nouveau.

Le 25 août 2014, le recourant a encore produit des pièces. Il a en outre fait état d'une dégradation de son état, en requérant à nouveau la mise en place d'une évaluation à la N._____, relevant que les Drs Z._____ et V._____ estimaient également cette mesure opportune. Il a en dernier lieu estimé que la dégradation de son état justifiait une nouvelle évaluation.

Dans d'ultimes observations du 10 novembre 2014, la CNA a maintenu sa position. Elle s'est en outre référée à un avis du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la division médecine des assurances de la CNA, du 10 novembre 2014, dont la teneur est la suivante :

« Discussion

Afin de ne pas appesantir le propos et parce que le cas de M. R. _____ a déjà fait l'objet de plusieurs appréciations médicales circonstanciées, je n'ai pas procédé à un résumé des actes.

Je ferai en revanche en introduction de cette discussion un résumé de la situation médicale globale de M. R. _____, en status après fractures bilatérales des têtes radiales, ostéosynthèses bilatérales et AMO à gauche.

M. R. _____ a donc présenté le 1^{er} décembre 2009 des fractures traumatiques des deux têtes radiales (radius proximal). Le déplacement de ces fractures posait clairement l'indication à un traitement chirurgical. Durant l'intervention, il a été noté en plus de la fracture une lésion du cartilage au niveau du capitellum à gauche. L'ostéosynthèse des fractures s'est effectuée par des vis libres. Les fractures ont parfaitement consolidé, sans déplacement secondaire durant la phase de consolidation. On peut sans restriction qualifier l'ostéosynthèse effectuée aux deux têtes radiales de très bonne facture. L'excellence du résultat chirurgical peut être pleinement confirmée sur base de l'imagerie, en considération de la récupération fonctionnelle initiale, avec mobilité complète des deux coudes, mais également pour l'absence de limitation en prosupination, se souvenant que la tête radiale joue un rôle fondamental dans ce mouvement. On rappellera à ce propos que si les valeurs de mobilité de pronation et de supination sont en règle générale reportées dans l'examen de mobilité du poignet, il s'agit fondamentalement de mouvements de tout l'avant-bras, pour lesquels l'articulation radiocubitale proximale a un rôle princeps.

Bien entendu et comme l'ont mis en évidence les examens complémentaires, soit pour le type fracturaire, soit pour les dégâts subis au cartilage huméral en conséquence directe du traumatisme, un état séquellaire est à considérer chez M. R. _____, sous forme d'arthrose radio-humérale légère à droite et légère à modérée à gauche. Ce status arthrosique discret, lequel peut naturellement être source de douleur, est resté parfaitement stable, si l'on se réfère aux derniers examens effectués il y a moins d'une année.

D'un point de vue structurel, la situation médicale de M. R. _____ apparaît ainsi tout à fait stabilisée au niveau des deux coudes. En respectant les restrictions d'usage en la circonstance, à savoir éviter le port de lourdes charges, mais également éviter le port de charges légères de manière fréquente et les activités sollicitant des mouvements répétitifs et continus des coudes, il n'existe pas d'arguments pour considérer à court ou moyen terme une aggravation déterminante du status constaté, encore une fois très satisfaisant en considération des lésions primaires.

Toujours d'un point de vue structurel, respectivement d'un point de vue de l'imagerie, la situation séquellaire correspond donc à un status d'arthrose monocompartmentale huméro-radiale légère à modérée bilatéralement. D'un point de vue anatomique, la situation est certainement plus satisfaisante en l'état actuel qu'un status après résection de la tête radiale (status qui, en passant, correspond à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de 5%) ou qu'un status après arthroplastie de la tête radiale, étant clair qu'à travers ce type d'intervention, on n'obtient jamais une congruence et une cinématique égales à celles de la tête radiale originale, même en présence d'une morphologie légèrement altérée par un status après fracture comme chez M. R. _____.

Si l'évolution d'un point de vue structurel peut ainsi être considérée comme favorable chez M. R. _____, l'évolution fonctionnelle a pris parallèlement une toute autre direction.

Une caractéristique des atteintes du coude, en particulier en traumatologie, est la difficulté à récupérer la mobilité, en particulier en extension. La raison de cette perte de mobilité est avant tout à chercher au niveau capsulaire. Le plus souvent, après blessure ou opération du coude, de nombreuses séances de physiothérapie sont nécessaires jusqu'à complète récupération de la mobilité, avec malheureusement assez fréquemment la persistance d'un déficit de mouvement irréductible, respectivement qui ne s'amenuisera que lentement au cours des années.

C'est pour ce motif qu'on insiste pour une remobilisation précoce du coude après un traumatisme, préférant ainsi par exemple un traitement chirurgical permettant une mobilisation précoce, plutôt qu'un traitement conservateur avec immobilisation plâtrée. Pour certains cas, avec atteinte complexe du coude, il existe par exemple un fixateur externe particulier permettant de mobiliser le coude avant la guérison des lésions ayant nécessité la pose du fixateur.

En revanche, lorsque l'amplitude de mouvement est récupérée grâce à la mobilisation précoce, il n'y a pas lieu de s'attendre ensuite à une perte de mobilité secondaire, s'il n'y a pas parallèlement aggravation de l'état lésif local.

Chez M. R. _____, on ne saurait retenir décemment une évolution primaire difficile, puisque dans son certificat intermédiaire du 2 mars 2010, avant reprise du travail, le Dr V. _____ retenait une mobilité complète et uniquement la persistance d'un petit déficit de la force.

Après échec de la reprise du travail en revanche, l'assuré a commencé à présenter d'importantes douleurs à partance du coude irradiant dans l'avant-bras, douleurs en l'occurrence non complètement corrélables de manière vraisemblable avec le status séquellaire constaté.

D'autre part, M. R. _____, qui encore une fois avait récupéré selon l'opérateur une mobilité complète à trois mois de l'accident, a commencé progressivement à développer des flexions aux deux coudes, au demeurant de valeurs fortement variables au cours du temps et selon l'examineur, mais avec une tendance progressive vers l'aggravation, pour aboutir à une situation actuelle presque catastrophique, puisqu'il est référé un flexum de 80° bilatéralement. On rappellera à ce sujet que dans son rapport du 29 novembre 2013, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie FMH, signalait que les flexions étaient partiellement réductibles et qu'ils étaient dépendants de la relaxation musculaire du patient.

Parallèlement à la perte de mobilité en flexion/extension et de manière prédominante en extension, la prosupination, pourtant le plus souvent affectée en séquelles de fractures de la tête radiale, est paradoxalement restée parfaitement normale (dernières valeurs référées dans le rapport du 7 novembre 2013 établi par le Dr V. _____ 90-0-90°), nonobstant quelques variations, là également selon l'examineur.

En l'absence - comme déjà dit plus haut - d'aggravation du status séquellaire, une telle évolution d'un point de vue fonctionnel ne s'explique tout simplement pas sur base orthopédique. En plus de la stabilité et de la bénignité du status arthrosique séquellaire constaté sur les examens d'imagerie, on peut en effet également certifier à travers ceux-ci l'absence d'épaississement capsulaire et l'absence d'arguments pour une arthrofibrose, en particulier sur base de l'examen arthro-CT qui montre pour son temps arthrographique un espace articulaire d'amplitude tout à fait physiologique. Quant au status douloureux, comme également déjà dit, pour sa typologie (localisation, douleurs au repos) je ne saurais le corrélérer de manière probante avec la situation structurelle séquellaire constatée.

En l'absence d'explications organiques convaincantes pour expliquer l'aggravation de la situation algique et la péjoration du status fonctionnel, on est dès lors contraint d'évoquer des éléments de nature non organique pour expliquer l'évolution du cas de M. R. _____.

Si durant le séjour à la N. _____ il n'a pas été retenu de psychopathologies spécifiques du point de vue psychiatrique, il est en revanche clair, selon les éléments de décours, y compris ceux actuels, que M. R. _____ présente en ce moment une souffrance psychique, puisqu'il a été retenu par le médecin assurant son suivi, Mme le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, un état anxio-dépressif, au demeurant mis en rapport de causalité naturelle par la thérapeute avec l'état douloureux chronique.

En présence de douleurs et d'un déficit fonctionnel non explicables ou seulement très partiellement par le status organique constaté et en présence d'un diagnostic psychiatrique, il m'apparaît justifié, même en tant qu'orthopédiste et donc en tant que non psychiatre, de considérer de manière extrêmement probable chez M. R. _____ la présence de facteurs non organiques participant à ses troubles et à l'intensité de ceux-ci.

Le contexte global de l'assuré étant rappelé, on peut maintenant répondre à la question posée et prendre en considération les nouveaux documents versés au dossier depuis la dernière appréciation médicale du Dr H. _____.

On a tout d'abord un rapport du 5 mai 2014, établi par le Dr Z. _____ spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH, adressé à Me Carré.

Dans ce rapport, le Dr Z. _____ réfère que la physiothérapie a été suspendue, en l'absence d'amélioration et en présence d'importantes douleurs référées par M. R. _____ durant l'exécution de ces thérapies. Le traitement par mésothérapie ne semble pas non plus apporter d'améliorations notoires. Le confrère estime ainsi ne pas avoir de propositions thérapeutiques particulières.

Quant à l'utilité d'un séjour à la N. _____ pour évaluation professionnelle, le médecin n'y voit pas de contrindications, mais

estime qu'un tel stage devrait être organisé en accord avec l'Al. Finalement, le Dr Z. _____, s'estime non compétent pour ce qui est de l'appréciation du taux de l'invalidité économique (sic) et des répercussions éventuelles sur la capacité de travail des troubles psychologiques.

On a ensuite un rapport établi par Dr V. _____ le 2 juillet 2014, toujours adressé à Me Carré.

Le spécialiste réfère, à bientôt quatre ans et demi de fractures de la tête radiale bilatéralement, que l'assuré présente une évolution "tout à fait défavorable dans les derniers mois". Il rappelle que les avis complémentaires qu'il a demandés n'ont abouti sur aucune proposition chirurgicale et qu'aucun traitement complémentaire n'avait permis une amélioration de la symptomatologie, laquelle était, au dernier contrôle du 26 juin 2014, en nette péjoration rapide, vu un flexum à 80° bilatéralement, contre 30° à droite et 45° à gauche quelque mois auparavant. Le Dr V. _____ estime sinon qu'une intervention de résection de la tête radiale dans un contexte psychologique "franchement défavorable" ne saurait améliorer la situation. Il retient in fine qu'un séjour à la N. _____ pour prise en charge globale, avec prise en compte du contexte psychologique, serait indiqué.

Sur [la] base de ces informations médicales complémentaires, on est plus que jamais persuadé, si ce n'était déjà fait après les avis circonstanciés du Prof. F. _____ mais également de la plupart des orthopédistes consultés, qu'il n'existe aucune proposition thérapeutique de type chirurgical pour M. R. _____ au niveau des deux coudes. Il est également clair que l'absence d'indication se justifie pour plusieurs motifs, mais qu'un des motifs principaux est la situation psychologique considérée, respectivement la discrépance entre la nature et l'intensité du status algique ainsi que du déficit fonctionnel et les constatations organiques objectives.

Comme je l'ai déjà dit, la situation constatée d'un point de vue organique est certainement bien meilleure que celle qu'on pourrait espérer à travers une nouvelle intervention.

Une résection de la tête radiale ne se justifie pas, quel que soit le côté, en considération du résultat anatomique obtenu, mais également parce que cette intervention malgré tout mutilante n'est pas dénuée de complications (laxité résiduelle, cubita valga, perte de force, etc.).

La mise en place d'une prothèse ne se justifie pas non plus, déjà parce qu'il n'existe pas d'incongruence ou de limitation en prosupination, mais également parce qu'on risque ainsi d'aggraver encore les lésions cartilagineuses au niveau de l'humérus. Finalement et comme déjà dit plus haut, une prothèse ne permet jamais d'obtenir un résultat aussi bon d'un point de vue fonctionnel qu'une articulation physiologique, respectivement très modérément altérée comme chez M. R. _____ en status après fracture bilatérale de la tête radiale.

Comme il a donc été estimé par la plupart des confrères orthopédistes ayant pris en charge le cas de M. R. _____, lui proposer une opération équivaldrait à proposer la mauvaise option au mauvais patient. Dans de telles conditions, on peut retenir comme nulles les chances d'amélioration de la situation de M. R. _____ à travers une nouvelle intervention chirurgicale.

Reste maintenant à savoir si des thérapies fonctionnelles ultérieures et une prise en charge en milieu hospitalier (séjour à N. _____) seraient

susceptibles d'améliorer la situation, respectivement s'avèreraient nécessaires en fonction du status actuel de l'assuré.

Pour répondre au mieux à cette question, on devra clairement distinguer les aspects organiques et les aspects psychologiques.

En considération du status organique et de ce qui a été rapporté par mes confrères, mais en faisant abstraction de l'atteinte psychologique (ce qui d'un point de vue thérapeutique global apparaît peu satisfaisant au médecin que je suis mais est nécessaire dans le cadre asséurologique spécifique), je ne retiens strictement aucune indication à des thérapies physiques, que ce soit sous forme ambulatoire ou stationnaire.

On commencera par rappeler qu'à part initialement, aucune thérapie instaurée n'a permis la moindre amélioration. On se souviendra d'autre part du résultat extrêmement médiocre obtenu à travers un séjour intensif à la N. _____ et du refus absolu de l'assuré de s'y rendre à nouveau lorsque la proposition lui avait été faite par le médecin d'agence. Dans ces conditions, on ne voit vraiment pas ce que M. R. _____ irait faire à la N. _____.

Enfin et surtout, indépendamment de l'attitude de l'assuré par rapport au traitement de physiothérapie, des résultats de celle-ci et de l'avis de mes confrères, je ne vois pas ce qu'apporterait une prise en charge physiothérapeutique et physique, pour des troubles dont l'étiologie organique n'apparaît que très partielle et qui de plus sont non susceptibles de s'améliorer à travers les thérapies.

En effet, si la physiothérapie permet éventuellement, dans des situations claires d'arthrose évoluée, de maintenir une mobilité et une force musculaire, elle ne permet certainement pas de faire régresser le status arthrosique.

En revanche, en considération de l'évolution actuelle du cas, toujours en tant que médecin chirurgien orthopédiste et traumatologue et sans bien sûr m'immiscer sur le terrain de la causalité ou celui d'autres spécialités médicales, je retiens qu'une prise en charge psychologique et psychiatrique renforcée est hautement souhaitable, respectivement nécessaire pour M. R. _____.

Il y a en effet tout lieu de considérer la présence d'un diagnostic de nature psychiatrique pour cette évolution symptomatique fonctionnelle défavorable, respectivement catastrophique et non explicable du point de vue organique.

N'étant pas psychiatre, il ne m'incombe naturellement pas de certifier l'existence ou non d'un diagnostic pouvant traduire cette évolution non explicable sur base organique ni de définir quel type de thérapie serait adéquate. Dans quel cadre et sous quelle égide (assurance-maladie, assurance-accidents) cette prise en charge psychologique et psychiatrique doit ensuite être effectuée n'est pas non plus de ma compétence et sort du cadre des motifs ayant motivé cette appréciation.

Conclusions

En considération des seules séquelles organiques objectivables de l'accident du 1^{er} décembre 2009 chez M. R. _____, les dernières pièces médicales apportées au dossier permettent pleinement de confirmer l'absence d'indication à des thérapies physiques complémentaires, qu'elles soient effectuées de manière ambulatoire

ou stationnaire, de même que l'absence d'indication à une sanction chirurgicale complémentaire.

L'évolution défavorable du point de vue fonctionnel et algique, non explicable d'un point de vue organique, doit faire considérer une origine non organique prépondérante des troubles chez M. R. _____.

Vu l'évolution rapidement défavorable, une prise en charge psychiatrique soutenue m'apparaît hautement conseillable, au risque sinon d'une péjoration ultérieure, qui pourrait conduire, chez M. R. _____, à l'exclusion fonctionnelle des deux membres supérieurs.

Du point de vue chirurgico-orthopédique, le cas est stabilisé et les conclusions médicales précédentes quant à l'exigibilité et à l'atteinte à l'intégrité restent pleinement valables ».

Le 22 juin 2015, le recourant a produit deux rapports du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des 13 mars et 22 juin 2015, en sollicitant la suspension de l'instruction de la cause. Il se prévaut dans ce contexte d'une prochaine opération des deux coudes, estimant que son cas n'est dès lors pas stabilisé.

Selon le rapport du 13 mars 2015 du Dr [...] au Dr V. _____, la situation de l'assuré était plutôt désespérée, avec un patient qui se promenait les deux coudes immobilisés à 90° et se plaignait de douleurs aussi bien mécaniques qu'inflammatoires. Le Dr [...] était d'avis qu'une résection des têtes radiales et arthrolyse a minima pourrait améliorer le déficit fonctionnel et diminuer la douleur, relevant toutefois que le risque de récurrence du flexum était élevé, mais le bénéfice en termes de douleur probable. Le Dr [...] relevait en outre que le contexte psychiatrique ne jouait pas en faveur du patient, estimant toutefois que cette chirurgie présentait un risque minime et potentiellement une amélioration de la symptomatologie.

Dans son rapport du 22 juin 2015 au conseil du recourant, le Dr [...] a expliqué avoir proposé une intervention au patient, ce dernier gardant des douleurs au niveau de ses deux coudes, car il était d'avis que cette opération pourrait diminuer une partie de la symptomatologie douloureuse. Il relevait toutefois qu'il était « bien évident » qu'au vu du contexte psychologique et des comorbidités psychiatriques du patient, les résultats d'une telle chirurgie n'étaient pas garantis. Il estimait cependant

qu'au vu du faible risque lié à la chirurgie, il était « logique » de procéder à cette intervention dans l'espoir d'améliorer la situation de l'assuré.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant est stabilisé, et, dans l'affirmative, sur le calcul du taux d'invalidité et l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité découlant de la décision sur opposition rendue par la CNA le 8 février 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur ou, cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que

déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'évènement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

b) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible

amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (cf. art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5. a) Le recourant conteste en premier lieu la stabilisation de son état, estimant que l'intimée aurait dû poursuivre le versement des indemnités journalières en sa faveur. Or la stabilisation de l'état au 31 juillet 2012 et le passage au versement des prestations de longue durée à compter du 1^{er} août 2012 n'est pas critiquable.

Il ressort en effet des éléments du dossier que le recourant a été opéré le jour de l'accident, le 1^{er} décembre 2009, par le Dr V._____, qui a procédé à une réduction et ostéosynthèse des fractures des têtes radiales gauche et droite, avec deux vis à droite et trois vis à gauche. A la suite de cette intervention, l'évolution a été qualifiée de bonne par le Dr V._____, avec une mobilité complète au niveau des deux coudes et une discrète faiblesse au niveau des avant-bras, si bien que ce médecin a initialement estimé qu'une reprise du travail à 50% le 1^{er} avril 2010, respectivement à 100% dès le 1^{er} mai 2010, était envisageable (rapport du 3 février 2010 à la CNA).

L'assuré ayant fait état de douleurs à la reprise de son activité, il a été examiné par le Dr P._____, qui a jugé qu'il convenait de convoquer l'assuré à la N._____ (avis du 27 juillet 2010), où ce dernier a séjourné du 25 août au 14 septembre 2010. C'est à cette occasion que le Dr B._____ a constaté que radiologiquement, les fractures paraissaient consolidées en position correcte, la prosupination étant libre et la flexion qualifiée de bonne. De l'avis du Dr B._____, une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne pourrait vraisemblablement pas changer quoi que ce soit à la situation de l'assuré (rapport du 3 septembre 2010 du Dr B._____). Le Dr Z._____ et la Dresse D._____ ont également constaté la bonne consolidation des fractures, en position correcte, et

relevé que la situation serait bientôt stabilisée, en observant qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne ferait sûrement pas disparaître les douleurs. Ces médecins n'avaient pour le surplus pas de propositions thérapeutiques (rapport du 4 octobre 2010).

Il apparaît ainsi qu'en octobre 2010, la situation du recourant était proche d'être stabilisée, et que les médecins doutaient qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse puisse conduire à la disparition des douleurs.

Ce constat n'a pas varié par la suite : si l'assuré a certes continué à se plaindre de douleurs d'allure mécanique au niveau des coudes et d'une faiblesse au niveaux des deux membres supérieurs (cf. notamment l'avis du Dr V. _____ du 5 avril 2011), le Prof. F. _____ a lui aussi constaté à sa consultation du 17 mai 2011 que l'examen objectif montrait des fractures consolidées sans troubles dégénératifs secondaires significatifs, doutant qu'une nouvelle intervention soulage significativement le patient sur le plan subjectif (rapport du 24 mai 2011). Dans son rapport du 22 septembre 2011, le Dr G. _____ a évoqué la possibilité de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, en relevant que la mise en place d'une prothèse était trop risquée, rejoignant en cela l'appréciation du Dr V. _____ et du Prof. F. _____.

Finalement, le Dr V. _____ a procédé le 14 décembre 2011 à une arthrotomie de l'articulation du coude gauche avec ablation des trois vis de la tête radiale et arthrolyse antérieure. Les suites opératoires ont été décrites comme simples, le patient présentant toutefois toujours des douleurs (rapport du 6 février 2012). Le 11 avril 2012, le Dr V. _____ a ainsi constaté que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'avait pas amélioré la symptomatologie algique du patient. Les clichés des coudes face et profil réalisés le 12 avril 2012 faisaient état d'une situation superposable à celle qui prévalait avant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, un début d'arthrose huméro-radiale d'accompagnement modéré étant relevé - lequel était au demeurant déjà mentionné sur le rapport de CT-scan du 1^{er} septembre 2011. C'est dans ce contexte que le

Dr P._____ a estimé le 23 avril 2012 que l'état de l'assuré devait être considéré comme stabilisé. Le Prof. F._____ n'est pas d'un autre avis, puisqu'il a constaté dans son rapport du 13 septembre 2012 qu'il n'y avait pas de changement significatif depuis la consultation de mai 2011 : le patient faisait toujours état de douleurs, alors que les cicatrices étaient calmes. Quant aux radiographies effectuées en avril 2012, elles mettaient en évidence des troubles dégénératifs au niveau de l'articulation radio-humérale, toutefois sans grand changement comparativement aux radiographies de 2011. Pour le Prof. F._____, une nouvelle intervention chirurgicale (de type arthrolyse et résection de la tête radiale) n'apporterait pas d'amélioration subjective. Le Dr C._____ rejoint l'appréciation de ses confrères, en tant qu'il observe dans son avis du 27 mars 2012 que la situation médicale n'a pas évolué, le patient ayant soit la possibilité d'accepter le statu quo, soit de se faire poser une prothèse de la tête radiale, opération toutefois accompagnée d'une très longue et difficile rééducation du coude. Le Dr C._____ a constaté le 30 avril 2013 une absence d'amélioration des amplitudes articulaires, sans avoir observé lui-même une péjoration, se limitant à rapporter les dires du recourant selon lequel les douleurs au coude droit s'étaient aggravées. Le Dr V._____ a une nouvelle fois indiqué le 7 novembre 2013 qu'objectivement, la situation restait difficile à évaluer, relevant l'aggravation subjective dont faisait état le patient. Finalement, le Dr L._____ a certes estimé que l'état n'était pas stabilisé (rapport du 27 mars 2014). Toutefois, ce médecin a constaté une évolution stagnante, avec un traitement conservateur bien mené, le patient conservant des douleurs au niveau des coudes avec un déficit fonctionnel qui l'empêchait d'effectuer des travaux de plus de 2 kg ou avec mobilisation des coudes. Le Dr L._____ n'a ainsi pas fait un constat différent de celui des autres médecins. Quant au Dr Z._____, il fait uniquement état de l'absence d'effets de la physiothérapie, respectivement de la mésothérapie, sur la symptomatologie du patient (rapport du 5 mai 2014). S'agissant enfin du Dr [...], il n'apporte aucun élément nouveau quant à l'état du patient : il mentionne les douleurs dont se plaint celui-ci, qui ont été largement évoquées par les autres médecins, et ne dit pas que la situation n'est pas stabilisée. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de suspendre l'instruction

de la présente cause dans l'attente des résultats de l'opération envisagée par le Dr [...]. Ce dernier estime certes qu'une nouvelle intervention - sous forme de résection des têtes radiales et d'arthrolyse a minima - pourrait diminuer une partie de la symptomatologie douloureuse. Le Dr [...] est toutefois le seul médecin à être favorable à une nouvelle intervention, tout en mettant bien en évidence qu'au vu du contexte psychologique et des comorbidités psychiatriques du patient, les résultats d'une telle chirurgie ne sont pas garantis. Le Dr [...] rejoint ainsi finalement l'appréciation du Prof. F._____, qui est d'avis qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'apporterait pas d'amélioration subjective.

Il résulte de ce qui précède que c'est à bon droit que la CNA a retenu une stabilisation de l'état du recourant au 1^{er} août 2012, étant établi qu'il n'existe pas à compter de cette date de traitement médical au plan somatique susceptible d'améliorer la symptomatologie de l'intéressé. Cette appréciation est au demeurant favorable à ce dernier, dans la mesure où - sous réserve de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pratiquée ambulatoirement en décembre 2011 - son état de santé était déjà largement stabilisé en octobre 2010, ainsi que l'ont relevé les médecins de la N._____.

b) Le recourant soutient ensuite qu'il ne dispose en aucun cas d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, arguant à cet égard que la « simple manipulation de papiers » est difficile pour lui, estimant ainsi qu'une invalidité de 60% au minimum paraît acquise.

On relèvera en premier lieu qu'il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon, point sur lequel s'accordent tous les médecins. Ainsi lors du séjour à la N._____, le Dr B._____ a observé qu'à moyen terme, il faudrait peut-être envisager une reconversion professionnelle pour un travail de type magasinier et un peu plus technique, mais « un peu moins ouvrier de chantier », craignant que l'assuré conserve des douleurs des deux côtés aux gros efforts (rapport du 3 septembre 2010). Le Dr V._____ est également de cet avis (rapport du 23 juin 2010 à l'OAI).

Il n'est pas non plus contesté que l'assuré a présenté à la suite de l'accident du 1^{er} décembre 2009 des douleurs. Ainsi le Dr [...] et la Dresse D. _____ mentionnent bien comme diagnostic principal celui de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs résiduelles et flexum des deux coudes (cf. rapport du 4 octobre 2010). Toutefois, il est établi que l'évolution objective de la situation de l'assuré a été bonne. En particulier, ainsi qu'on l'a vu (cf. supra let. a), les fractures se sont bien consolidées et une mobilité complète des deux coudes a été constatée. Le recourant présente cependant un état séquellaire à l'accident sous forme d'arthrose radio-humérale légère à droite, et légère à modérée à gauche. Ainsi le CT-scan effectué le 10 février 2011 a permis de mettre en évidence des signes d'arthrose débutant au niveau du coude gauche (sans alors de signe d'arthrose au niveau du coude droit), ce qu'ont confirmé le CT-Scan du 1^{er} septembre 2011, puis les clichés du 12 avril 2012. Ce status arthrosique discret, lequel peut être source de douleur, est resté stable (cf. l'avis du Dr T. _____).

S'agissant de la capacité de travail résiduelle, le Dr P. _____ a constaté que l'exigibilité était totale dans une activité légère pour les membres supérieurs. Cette appréciation se fonde sur un examen détaillé des pièces au dossier. Elle n'est en outre pas contredite par d'autres médecins : les troubles dégénératifs objectifs sont en effet modérés (cf. avis du Prof. F. _____ des 17 mai 2011 et 13 septembre 2012), et le Dr V. _____ n'a eu de cesse de répéter que la situation était objectivement difficile à évaluer (avis du 7 novembre 2013), avec une absence d'amélioration subjective de la symptomatologie algique et de la faiblesse musculaire au niveau des deux coudes (cf. rapport du 26 avril 2011). Le Dr V. _____ était ainsi d'avis qu'en ce qui concernait une réadaptation professionnelle, il faudrait éviter toute surcharge au niveau des membres supérieurs (cf. rapport du 26 avril 2011). Le Dr [...] du SMR a lui aussi retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir une activité sans travaux lourds avec les membres supérieurs, sans port de charges de plus de 10 kg, ni mouvement répétitif des coudes (cf. avis des 17 mai 2013 et 20 juin 2013). Le service de réadaptation de l'OAI a

ainsi retenu le 18 juin 2013 que l'assuré pourrait théoriquement mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans le domaine industriel léger en tant que collaborateur de production, dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrier à l'établi comportant des tâches simples et légères. Le Dr L._____ a quant à lui estimé que c'était au plus une charge de 2 kg qui pouvait être soulevée, et qu'une activité avec mobilisation répétitive des coudes ne pouvait être envisagée (cf. rapport du 27 mars 2014), rejoignant ainsi l'appréciation des Drs P._____, V._____ et [...].

Sur le vu de ce qui précède, on retiendra que l'assuré présente donc bien une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Il convient d'examiner si les douleurs ressenties sont de nature à modifier cette appréciation, le recourant alléguant souffrir le martyr depuis l'accident et constater une péjoration de ses douleurs.

A cet égard, le Dr T._____ a relevé de façon détaillée et convaincante dans son appréciation orthopédique du 10 novembre 2014 que lorsque l'amplitude de mouvement du coude était récupérée, en traumatologie, grâce à la mobilisation précoce, il n'y avait pas lieu de s'attendre ensuite à une perte de mobilité secondaire, s'il n'y avait pas parallèlement aggravation de l'état lésif local. Or chez l'assuré, on ne pouvait retenir une évolution primaire difficile, puisque le Dr V._____ avait retenu le 3 février 2010 une mobilité complète et uniquement la persistance d'un petit déficit de force. C'était après l'échec de la reprise de travail que l'assuré avait commencé à présenter d'importantes douleurs du coude, douleurs qui ne pouvaient pas complètement être mises en corrélation, de manière vraisemblable, avec le status séquellaire constaté. En outre, l'assuré avait commencé à développer progressivement des flexions aux deux coudes, selon des valeurs fortement variables au cours du temps et selon l'examineur, mais avec une tendance progressive vers l'aggravation. Pourtant, parallèlement à la perte de mobilité en flexion/extension et de manière prédominante en

extension, la prosupination, qui est le plus souvent affectée en séquelles de fractures de la tête radiale, était paradoxalement restée parfaitement normale, nonobstant quelques variations selon l'examineur.

Or en l'absence d'aggravation du status séquellaire, une telle évolution d'un point de vue fonctionnel ne s'expliquait pas sur une base orthopédique aux yeux du Dr T._____ - observation au demeurant également faite par le Dr V._____, comme par le Prof. F._____. En plus de la stabilité et de la bénignité du status arthrosique séquellaire constaté sur les examens d'imagerie, on pouvait également certifier par ceux-ci l'absence d'épaississement capsulaire et l'absence d'arguments pour une arthrofibrose, en particulier sur la base de l'examen arthro-CT qui montrait un espace articulaire d'amplitude tout à fait physiologique. Quant au status douloureux, pour sa typologie (localisation, douleurs au repos), le Dr T._____ ne pouvait le corrélérer de manière probante avec la situation structurelle constatée. Ainsi pour le Dr T._____, en l'absence d'explications organiques convaincantes pour expliquer l'aggravation de la situation algique et la péjoration du status fonctionnel, il fallait évoquer des éléments de nature non organique pour expliquer l'évolution du cas du recourant, qui participaient à ses troubles et à l'intensité de ceux-ci.

d) Il reste donc à examiner ce qu'il en est de l'atteinte du recourant au plan psychique, et plus spécifiquement du point de savoir si celle-ci est en lien de causalité adéquate avec l'accident du 1^{er} décembre 2009, la Dresse Q._____ ayant diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) chez l'assuré, qu'elle impute à l'événement accidentel et à ses conséquences sur la vie de l'assuré.

aa) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerische Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SVBR] 2^{ème} éd., Bâle 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées ; 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état

de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402

consid. 4.4.1 ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

bb) En premier lieu, il convient de retenir, avec l'intimée, que l'accident du 1^{er} décembre 2009 doit être classé dans les accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure de celle-ci. L'accident n'a d'abord pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant, l'assuré ayant chuté d'une hauteur d'un mètre cinquante seulement, d'une installation sur laquelle il avait l'habitude de travailler. Le recourant l'admet, puisqu'il indique dans son opposition du 20 novembre 2012 que l'accident pouvait effectivement paraître « peu spectaculaire ». Par ailleurs, les lésions physiques, qui ont consisté en une fracture des têtes radiales gauche et droite, ont connu une évolution favorable, puisque l'état de santé du recourant a permis au Dr V. _____ d'envisager une reprise du travail par paliers à partir du 1^{er} avril 2010 (rapport du 3 février 2010). Une recrudescence des douleurs a notamment conduit à un séjour à la N. _____, et différentes consultations auprès de spécialistes, afin de déterminer la prise en charge thérapeutique la plus adéquate. Toutefois, le caractère subjectif des douleurs a été régulièrement mis en avant, alors que l'évolution était objectivement bonne. Il y a donc lieu d'admettre que le traitement médical en rapport avec les atteintes physiques n'a pas été anormalement long, pas plus que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, le traitement médical n'ayant pas été entaché d'erreurs. On retiendra donc comme seul critère celui des douleurs physiques persistantes, avec toutefois la précision que de l'avis du Dr T. _____, des éléments de nature non organique jouent un rôle dans l'intensité des douleurs de l'assuré.

Cela étant, en présence d'un accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité, le seul critère des douleurs persistantes n'est pas suffisant pour retenir un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychique diagnostiquée par la Dresse Q. _____ et l'accident du 1^{er} décembre 2009.

e) Dans un dernier moyen, le recourant estime qu'une coordination avec l'AI aurait été nécessaire. Or c'est précisément de façon coordonnée avec l'OAI que son cas a été examiné. Il résulte tant du dossier de la CNA, que du dossier de l'OAI produit en cours de procédure, que ces deux assureurs ont collaboré à l'instruction du cas et régulièrement échangé au sujet du recourant. Quoi qu'il en soit, il est établi que selon la jurisprudence, l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité, indépendamment de la décision de l'office AI (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368 ; arrêt 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 4.1, 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

6. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

a) Le recourant ne conteste pas le revenu avec invalidité retenu par l'intimée, fondé sur les descriptions de postes de travail (DPT), pas plus que le revenu retenu sans invalidité.

On rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2).

b) En l'occurrence, la CNA a listé 106 DPT et en a sélectionné cinq, à savoir trois comme collaborateur de production, une comme employé de décoration et la dernière comme employé de garage.

Ces DPT requièrent principalement le maniement d'objets légers/à motricité fine et le port de charge très légère, à savoir des activités n'allant pas à l'encontre des limitations fonctionnelles retenues. On retiendra dès lors que les cinq DPT sélectionnées par l'intimée peuvent être considérées comme adaptées au handicap de l'assuré.

Aucun autre grief n'est formulé par le recourant à l'encontre du revenu sans invalidité retenu par la CNA. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter du calcul effectué par l'intimée, de sorte que le droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 20% doit être confirmé.

7. Dans un autre grief, le recourant soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité arrêté par la CNA à 10% est insuffisant, estimant qu'il devrait être fixé à 30% au moins.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales

objectives (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec

l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) De l'avis du recourant, son indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être arrêtée à 30% au moins. Il est en outre d'avis que son cas a été sous-évalué, dans la mesure où ses deux coudes sont touchés et qu'il ne peut pas compenser avec son autre bras. Or l'assuré ne fournit aucune pièce médicale de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr P._____ (cf. rapport du 23 avril 2012), qui a pour sa part arrêté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%, soit 5% pour chaque coude, compte tenu de la limitation de la flexion d'une quinzaine de degrés au niveau des deux coudes et de l'arthrose débutante huméro-radiale des deux côtés. Ne figure au dossier qu'un courriel du conseil de l'assuré du 2 juillet 2013 au Dr C._____, selon lequel ce médecin a répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il conviendrait de fixer à 30% le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit 10% pour la perte de mobilité de chaque coude, et 5% pour chaque bras en raison de l'arthrose. Or cette seule affirmation non étayée ne permet pas de remettre en cause celle du Dr P._____, d'autant que dans son rapport du 21 novembre 2012 au conseil de l'assuré, le Dr C._____ avait lui-même estimé que si une lecture littérale de la table 5 était faite, alors l'évaluation de 10% était acceptable. Le fait que les deux coudes sont touchés a en outre été dûment pris en compte.

Dans ces conditions, l'appréciation du Dr P._____ sera retenue et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité arrêtée à 10%.

8. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, respectivement à l'organisation d'un nouveau séjour à la N. _____ ainsi que le requiert le recourant.

9. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

a) Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Carré a produit une liste de ses opérations le 22 juin 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat ; elle doit ainsi être arrêtée à 15 heures et 12 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2'736 fr. (15 heures et 12 minutes x tarif horaire de 180 fr.), plus TVA à 8% d'un montant de 218 fr. 90. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant de 200 fr., TVA à 8% en sus, qui doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Carré

s'élève donc à 3'170 fr. 90, arrondi à 3'171 fr. (2'736 fr. + 218 fr. 90 + 200 fr. + 16 francs).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 8 février 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 3'171 fr. (trois mille cent septante et un francs), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré (pour R. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :